

Lapland 2010 - Troppen

Helbredserklæring

Det er vigtigt af du udfylder din helbredserklæring omhyggeligt - af hensyn til dig selv og Troppen i øvrigt

Personlige data:

Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Mobil: _____ Mobil: _____

Pårørende/kontaktperson på turen:

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Evt. arbejdstelefon: _____ Sted: _____

Bruger du briller/kontaktlinser? Ja Nej

Lider du af allergi? Ja Nej (Hvis ja, angiv art og behandling)
(pollen, penicillin, jod eller andet?)

Lider du af en kronisk sygdom? Ja Nej (Hvis ja, angiv art og behandling)
(sukkersyge, astma, epilepsi eller andet)

Stivkrampevaccination: (Angiv årstal) _____

Øvrige helbredsoplysninger:

Dato: _____ Underskrift: _____